



**Mémoire pour l'obtention du
Diplôme universitaire d'infirmier en infectiologie :**

**« L'infirmier de Pratique Avancée en infectiologie :
Rôle, plus-value, limites et complémentarité avec les protocoles de
coopération »**

*SOUFLET Karolane
Infirmière au Centre Hospitalier de Cholet (49)
Année universitaire 2025-2026*

Plan :

Introduction

Partie I : Cadre conceptuel et réglementaire :

1- L'IPA :

2- Les protocoles de coopération

3- La notion d'IPA au niveau international

Partie II : Analyse comparative IPA vs protocoles de coopération

Partie III : Une vision du rôle de l'IPA en infectiologie

IV- Méthodologie de recherche possible

V- Discussion

Conclusion

Introduction :

Le système de soin est en perpétuelle évolution. Les besoins en termes d'accompagnement de soin doivent s'adapter au vieillissement de la population, au contexte démographique parfois tendu mais aussi à la volonté d'évolution des pratiques infirmières et la reconnaissance d'une science infirmière.

Dans le domaine de l'infectiologie, l'émergence d'antibiorésistance, l'évolution des progrès de la médecine favorisant le vieillissement de la population et complexifiant les prises en charge médicales et paramédicales, font de la place de l'infirmière au centre de la prise en soin du patient, un atout majeur.

En effet, l'antibiorésistance est classée par l'OMS comme l'une des 10 plus grandes menaces sanitaires. En France, les infections à bactéries résistantes touchent plus de 120 000 personnes et sont associées à plus de 5500 décès. En parallèle, la pénurie médicale sur le territoire a favorisé l'automédication et l'utilisation massive d'antibiotiques de manière inappropriée créant, de facto, des résistances de plus en plus importantes.

Depuis des années, les infirmiers travaillant dans le domaine de l'infectiologie ont développé des connaissances et des savoirs leur permettant de gagner en crédibilité et en autonomie. Ce fut le cas, par exemple, avec la création des protocoles de coopération en 2009 puis des infirmiers de pratique avancée en 2016.

Mais si les deux dispositifs visent à optimiser le parcours patient en infectiologie, en quoi l'exercice de l'IPA se distingue-t-il concrètement d'un infirmier diplômé d'état (IDE) sous protocole de coopération, en termes d'autonomie, de responsabilité et d'impact ?

Après avoir posé le cadre légal, nous décrirons le rôle de l'IPA en infectiologie, puis nous le comparerons aux protocoles de coopération avant de présenter une méthodologie de recherche possible puis une discussion finale autour de ce sujet.

Partie I : Cadre conceptuel et réglementaire :

1- L'IPA :

La pratique avancée a été créée pour les « auxiliaires médicaux » par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, puis définie pour la profession infirmière par des textes réglementaires en 2018 et 2019.¹

Les ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, sont les

¹Cf : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

suivants :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires. (PCS)
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Urgences

Dans le cadre de ce mémoire, la mention « PCS » est celle que nous décrirons davantage.

Les pathologies chroniques stabilisées mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4301-2 sont :

- accident vasculaire cérébral ;
- artériopathies chroniques ;
- cardiopathie, maladie coronaire ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- insuffisance respiratoire chronique ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- épilepsie.

Dans l'arrêté du 18 juillet 2018, **les missions** de l'IPA s'articulent autour du modèle d'HAMRIC :

- La pratique clinique (compétence centrale de l'IPA)
- La réalisation de consultation, incluant les consultations de première ligne (compétence en consultation)
- L'expression du leadership clinique IDE au cœur des équipes soignantes (compétence en leadership)
- L'intégration des résultats de recherche par l'utilisation de l'Evidence Based Nursing (EBN) (compétence en recherche)
- La contribution à la formation des soignants (compétences en formation/enseignement)
- La collaboration vers une transversalité universelle (compétence en collaboration)
- La prise de décision éthique (compétence éthique)

Les compétences de l'IPA sont les suivantes :

- Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.

- Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé.
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.²

Les détails de ces compétences, notamment ceux concernant la mention pathologies chroniques stabilisées, sont accessibles en annexe n°1.

2- Les protocoles de coopération :

Via l'évolution permanente de notre système de santé, la création de modèles infirmiers au-delà des acquis du diplôme d'état, elle aussi, évolue.

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 légifère celui de l'infirmier sous protocole de coopération. Il permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

Ces initiatives locales prennent donc la forme d'un protocole de coopération transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le protocole de coopération est un document décrivant les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents.

Un protocole de coopération est validé dès lors qu'il répond à certaines exigences relatives :

- A ses caractéristiques : professionnels des délégué(s) et délégant(s), listes des actes dérogatoires proposés, caractéristiques du lieu d'exercice conditionnant la mise en œuvre du protocole, critère d'inclusion et d'exclusion des patients, ainsi que leurs caractéristiques, résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge et d'optimisation de la dépense de santé ;
- A l'information délivrée aux patients ;
- Aux activités de coordination entre professionnels : système d'information, staff, supervision médicale ;

²« Guide de préparation en université pour l'IPA », Marie-Jeanne Lorson, 2e édition SETES. P .173 à 187

- A la démarche qualité : gestion des événements indésirables, mise en place d'indicateurs de suivi, évaluation régulière des pratiques ;
- A la formation des délégués qui doivent justifier d'une expérience et d'un diplôme professionnel initial suffisant ;
- La nécessité de suivre une formation initiale puis continue, théorique et pratique, afin d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes et activités délégués ;
- A la démarche de gestion des risques a priori : description de la nouvelle prise en charge étape par étape, intégrant les éléments permettant de la sécuriser.³

Au niveau national, le domaine de l'infectiologie compte au moins 2 grands protocoles de coopération :

- « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin »
- « Consultation infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins. »

Beaucoup d'initiatives locales se développent parallèlement :

- « Organisation du suivi de la prise en charge des patients atteints d'hépatite chronique C dans le cadre d'une consultation infirmière » En bourgogne Franche Comté
- « Protocole de coopération pour améliorer l'accès à la Prep » en région Nouvelle aquitaine.

3- La notion d'IPA au niveau international :

D'après un rapport de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique), la pratique avancée dans le monde évolue. On dénombre 330 000 IPA dans le monde répartis sur 25 pays.

Dans les pays anglo-saxons, les « advanced practice nurses », l'équivalent des infirmiers en pratique avancée (IPA), sont présentes dans l'accompagnement des patients, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques, depuis les années 1960.

Un IPA a acquis, grâce à une formation complémentaire de niveau master, une base de connaissances spécialisées, des capacités perfectionnées en matière de prise de décision et des compétences cliniques pour une pratique infirmière plus étendue, dont les caractéristiques

³« Guide de préparation en université pour l'IPA », Marie-Jeanne Lorson, 2e édition SETES.P.29

dépendent du contexte dans lequel il est accrédité à exercer ses fonctions (CII, 2008a).

Le concept de la pratique infirmière avancée (PIA) est suffisamment intégrateur et souple pour tenir compte des différences entre systèmes de soins de santé, dispositifs réglementaires et formations des infirmières d'un pays à l'autre. Au fil des ans, la PIA et les soins infirmiers à l'échelon mondial ont gagné en maturité, l'IPA étant vue comme une experte médicale dont les caractéristiques de la fonction sont transversales et comprennent une vision et un rôle actif en matière de gouvernance, d'élaboration de politiques et de leadership clinique (AANP, 2015 ; CNA, 2019 ; Gouvernement écossais, 2008; NCNZ, 2017a).

En France, la mise en place des formations en 2018 et la reconnaissance statutaire en 2020 sont encore très récentes et l'identité spécifique des IPA français est encore en construction.⁴

Partie II : Analyse comparative IPA vs protocoles de coopération

Selon nous, il y a 6 points clés qui différencient l'IPA de l'IDE sous protocoles de coopération :

- La formation : l'IPA à un niveau universitaire de master 2 , s'ajoute donc 2 ans d'études supplémentaire au diplôme d'état d'infirmier. L'IPA est donc une profession médicale intermédiaire. La formation est, elle aussi, obligatoire sous protocole de coopération mais elle est plus courte et l'essentiel des acquis se trouve dans la pratique de terrain.
- La responsabilité : L'IPA engage sa responsabilité personnelle, comme un médecin. En protocole de coopération, la responsabilité est partagée : l'IDE concernant la bonne application du protocole, le médecin sur le protocole lui-même et sa supervision.
- L'autonomie décisionnelle : Lors d'une consultation, l'IPA décide seul de la conduite à tenir dans son champ de compétence. L'IDE, en protocole de coopération, applique un arbre décisionnel, si le patient sort du cadre, il est ré-adressé au médecin.
- La prescription : l'IPA prescrit en son propre nom. L'IDE prescrit de manière protocolaire sous l'égide du médecin référent.
- La portée du suivi : l'IPA peut gérer des situations complexes, des comorbidités, des adaptations de traitement. Le protocole cible essentiellement des situations stabilisées, simples et standardisées.
- La traçabilité : l'IPA quotte des actes en son propre nom, il dispose d'un ordonnancier. L'acte en protocole de coopération reste attaché au médecin déléguant.

Même si l'autonomie de prescription est le vrai marqueur de différence pour les professionnels. Le

⁴<https://unipa.fr/le-metier/>

changement est aussi dans la vision qu'a le médecin. Il voit l'IPA dans un « collaborateur » alors que l'IDE sous protocole est un « délégué », ce qui ajoute un argument à l'émancipation des IPA par rapport au protocole de coopération.

Partie III : Une vision du rôle de l'IPA en infectiologie :

A l'hôpital de Cholet, les IPA se sont massivement développés, soutenus par une direction volontaire de faire évoluer les pratiques infirmières, mais aussi et malheureusement, par un temps médical souvent en déficit et changeant.

Il a été difficile de penser le rôle de l'IPA en infectiologie étant donné que c'est une spécialisation qui n'existe pas.

Cependant, la grande variabilité qu'offre le terme « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » nous a permis d'y inclure certaines prises en charge spécifique au domaine de l'infectiologie.

En effet, le VIH, les infectieux ostéo-articulaires (IAO) et les endocardites ne peuvent-elles pas être considérées comme des pathologies chroniques ?

Selon l'OMS : *« une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Les maladies invalidantes ou maladies chroniques évolutives (MCE) regroupent un ensemble de troubles de la santé pouvant atteindre les organes vitaux internes (cœur, poumons, reins...). Ces maladies sont dites « organiques ». Elles sont évolutives dans temps et nécessitent une prise en charge spécifique en terme de soins et de traitement. Elles ont un retentissement majeur dans le quotidien des personnes, tant dans leur vie privée que professionnelle. Elles renvoient à des réalités très diverses et se caractérisent en général par une imprévisibilité de leur évolution. »*⁵

Malgré une richesse bibliographique autour des maladies dites chroniques, très peu s'accordent à définir clairement la maladie chronique en terme de durée. Dans certains domaines, la maladie est considérée comme chronique lorsque le problème de santé évolue au-delà de 3 mois, lorsqu'il nécessite des soins prolongés et qu'il a un impact majeur sur le quotidien des patients.

Aujourd'hui, les patients vivant avec le VIH (PVVIH) peuvent être considérés comme porteur d'une maladie chronique, de même, lorsqu'un patient doit prendre une antibiothérapie suppressive à vie dans le cadre, par exemple d'une IAO, nous pouvons considérer que cela relève aussi de la

⁵<https://handicap.agriculture.gouv.fr/maladies-chroniques-invalidantes-ou-trouble-de-sante-invalidant-a370.html>

pathologie chronique.

C'est donc avec ce point de vu, que notre projet s'est pensé.

Le Centre Hospitalier de Cholet est dans une ville, qui compte plus de 56 000 habitants, et au sein des départements du Maine et Loire, de la Vendée, du Nord Deux-Sèvres et de la Loire-Atlantique, ce qui représente un bassin de population de plus de 250 000 habitants. Il se situe à 60km du CHU de Nantes et 80km du CHU d'Angers.

Au 1er semestre 2025, en infectiologie, c'était :

- 10 lits d'hospitalisation
- 26 patients en cours de suivi endocardite
- 46 patients en cours de suivi pour une IAO dont 9 sans matériel et 37 avec matériel
- 140 patients en file active VIH

Le tout, pour l'époque, pour deux infectiologues. Actuellement, c'est une infectiologue à temps plein et une vacation du CHU d'Angers une semaine par mois.

Pour le suivi des patients atteint d'une endocardite, il est envisagé une consultation IPA pendant les premières semaines de traitement ou à la toute fin de celui-ci. Puis une consultation avec l'infectiologue à 1 mois de l'arrêt de l'antibiotique (ATB) et une alternance entre l'infectiologue et l'IPA tous les 3,6, 12 mois.

Pour le suivi des IOA avec matériel, il est envisagé une consultation initiale par le médecin sous traitement et à un mois de l'initiation, une consultation IPA à 2 mois +/- selon les besoins des patients, puis une consultation infectiologue à 1 mois de l'arrêt des ATB et une alternance IPA/infectiologue tous les 3, 6, 12 mois.

Pour les IAO sans matériel, il s'agira d'une consultation sous traitement ATB.

Pour les PVVIH stabilisés sous traitement, il s'agira d'une consultation tous les 6 mois (et plus si nécessaire) en alternance avec l'infectiologue.

Actuellement l'activité CeGGID est d'une vacation infectiologue par semaine. L'IPA pourra être amené à effectuer des consultations en CeGGID afin d'effectuer notamment les suivis de patients sous Prep, d'organiser le dépistage et de délivrer certains résultats d'examens.

De plus, L'IPA sera invité à participer au RCP IOA et endocardite afin d'optimiser l'organisation et le suivi d'activité.

Un document type, propre à la consultation en infectiologie, commun à l'infectiologue et à l'IPA est en cours de création, afin d'optimiser le parcours du patient mais aussi d'harmoniser les pratiques entre médecin et IPA. Celui-ci permettra la transmission d'information plus lisible et collaborative.

Parallèlement à ces missions cliniques, sur le CH de Cholet, chaque IPA dispose d'un 20% de temps de recherche. Ce temps permettra de participer activement à la recherche clinique infirmière en infectiologie mais aussi d'élaborer des documents et des formations pour les professionnelles de santé dans le domaine d'expertise de l'IPA.

IV- Méthodologie de recherche possible :

Étant donné le peu d'IPA en infectiologie présent sur le terrain, cette méthodologie de recherche reste très limitée. Il s'agira d'une étude comparative entre le métier d'IPA et celui d'IDE sous protocole de coopération.

Choix de la méthode :

La recherche en revue de littérature est quasi inexistante en ce qui concerne les IPA en infectiologie, hormis le partage de vécu de certaines déjà en exercice. Les revues concernant les IDE en protocole de coopération dans le domaine de l'infectiologie, concernent principalement les protocoles nationaux (CeGGID et vaccination du voyageur).

Un étude qualitative exploratoire auprès de ces IPA, d'infirmiers sous protocole de coopération et des médecins infectiologues pourraient être envisagée afin de comprendre le vécu et la perception des différents acteurs. Il pourrait être intéressant d'y intégrer des médecins réticents au projet d'IPA en infectiologie afin de confronter leurs points de vue.

Choix de la population :

Un échantillon de 3 IPA en infectiologie, 3 IDE exerçant sous protocole de coopération, 3 à 6 médecins infectiologues avec un échantillonnage raisonné dans au moins 3 établissements différents.

Outils :

Création d'un guide d'entretien semi-directif avec 4 grands axes : la description d'une journée type,

la perception de l'autonomie et de la responsabilité, la relation entre médecin/infirmier et l'analyse des bénéfices et limites pour le patient.

A noter, l'importance éthique d'anonymisation des questionnaires et entretiens et le recueil d'un consentement écrit.

V- Discussion :

La métamorphose de la profession infirmière a toujours été étroitement liée à l'évolution des besoins de santé des populations et aux transformations successives des systèmes de santé.

« La pratique avancée infirmière (PAI) [...] résulte d'un processus par lequel des infirmières ont développé des compétences cliniques avancées afin de répondre à des besoins de santé insuffisamment couverts. Cette dynamique décrite dans la littérature internationale repose sur une succession d'étapes : l'émergence de besoins de santé non pourvus, l'élargissement progressif des responsabilités cliniques infirmières, la structuration de formations spécifiques, puis la reconnaissance institutionnelle et juridique des rôles ainsi développés »⁶.

C'est donc dans un contexte d'évolution permanente des besoins de santé, notamment face au vieillissement de la population, au progrès de la médecine, à l'essor des maladies chroniques et donc la complexification du parcours de soin que la pratique avancée s'est développée.

Il semble donc que le développement de la PAI favorise le désengorgement du système de soin avec une réduction des délais d'accès aux soins et ouvre la possibilité d'un gain de temps médical. L'expertise différente de l'infirmier permet aussi une amélioration du suivi du patient. Dans le domaine de l'inféctiologie, les prises en charge au long court font, de la place de l'infirmier, un rôle essentiel dans l'éducation thérapeutique, celle-ci étant cruciale pour l'observance thérapeutique. Le bon usage des antibiotiques est un enjeu de santé publique. L'essor des parcours complexes ville-hôpital nécessite une coordination.

Dans le Choletais, la pénurie de médecins traitants rend le parcours de soin des patients de plus en plus complexe avec parfois de nombreuses errances médicales et de ce fait une mauvaise gestion des facteurs de risque liés aux maladies chroniques. Il y a donc tout intérêt à intégrer l'IPA dans le parcours du patient afin d'élaborer une offre de soin plus efficiente et aider à la coordination et la prévention en santé publique. Le but ne doit pas être de remplacer mais d'être complémentaire.

⁶La pratique avancée infirmière en France : histoire, cadre juridique, formation, financement et perspectives - ScienceDirect

La consultation d'IPA étant plus longue que la consultation de l'infectiologue, cela permet d'avoir plus de temps pour gérer la prévention primaire et secondaire.

C'est l'autonomie renforcée de l'IPA par rapport au protocole de coopération, qui lui permet de formuler des choix en matière d'éducation, de prévention, de dépistage et de suivi thérapeutique des patients et de procéder à une analyse des situations cliniques plus approfondie. Cela fait d'elle un acteur à part entière pour renouveler l'offre de soin.⁷

Malgré une plus-value certaine, il existe néanmoins des limites à l'implantation de ces nouvelles infirmières de pratique avancée.

« Un enjeu majeur concerne l'organisation actuelle des mentions de PAI. Celles-ci ont été construites autour de pathologies (listées dans une des mentions) ou de spécialités médicales. Si cette structuration a permis le lancement de la PAI en France, elle montre aujourd'hui des limites face aux besoins de santé, marqués par la multimorbidité et la complexité croissante des parcours de soins. De plus, le modèle actuel est en décalage avec l'exercice infirmier, qui repose sur une approche globale des personnes, intégrant l'évaluation clinique, la prise en compte des situations de vie, des déterminants psychosociaux, des comorbidités, etc. De nombreuses demandes de création de nouvelles mentions, correspondant à des spécialités non prévues actuellement, émergent [...]. Ces constats plaident en faveur d'une évolution des mentions vers des approches plus transversales, centrées sur les populations, et les situations complexes, afin de mieux répondre aux enjeux actuels du système de santé. »⁸

C'est, en effet, une des difficultés abordées par les IPA en infectiologie, de nombreux médecins sont réticent à l'idée de confier une patientèle « complexe » qui ne fait pas parti de la liste citée dans la mention PCS. Leur faible effectifs et le manque de cadre entourant l'exercice en infectiologie favorise une hétérogénéité des organisations ce qui peut parfois conduire à ces réticences.

L'évolution de ces mentions, permettrait de rassurer l'ensemble du corps médical et paramédical quant aux compétences acquises par le MASTER IPA.

Car « la clarification des rôles des IPA constitue un autre enjeu déterminant. Des incompréhensions persistent autour du périmètre d'exercice des IPA, ce qui constitue un frein à

⁷Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins Carolina De Rosis, Maria Teixeira, Ljiljana Jovic

⁸La pratique avancée infirmière en France : histoire, cadre juridique, formation, financement et perspectives - ScienceDirect

l'intégration des IPA dans les organisations de soins. Dans ce contexte, l'absence d'une communication institutionnelle nationale structurée et continue limite la visibilité du rôle. »⁹

Comme bien souvent, l'ignorance entraîne la peur. Le manque de communication entraîne un flou généralisé et des tensions même entre professionnels de santé. Comment ne pas « se marcher sur les pieds » lorsque les rôles de chacun ne sont pas clairement communiqués ?

Si l'on se réfère aux différentes revues en sciences infirmières internationales, la notion de PAI serait-elle un moyen de conceptualiser ce qui est déjà fait sur le terrain ? Il existe aujourd'hui bon nombre de statuts infirmiers : L'infirmière Clinicienne spécialisée (ICS), l'Infirmier Praticienne (IP), l'infirmier sous protocole de coopération. Certains s'accordent à dire que : « *L'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'infirmière praticienne (IP) sont les deux catégories d'IPA les plus généralement mentionnées à l'échelle de la planète.* » La PAI serait-elle la reconnaissance universitaire d'un statut déjà existant ? Et le protocole de coopération un tremplin vers la fonction d'IPA ?

« L'IPA représente ainsi un nouveau repère, un nouveau « visage » à identifier pour le patient. La singularité des fonctions de l'IPA exige une bonne connaissance de son périmètre d'action par rapport aux autres professionnels spécialisés tels que les infirmiers de coordination, et de mettre à jour ces complémentarités entre les différents acteurs. Au niveau intra-organisationnel, l'arrivée des IPA nécessite de réinterroger les relations interprofessionnelles au risque sinon que les objectifs attendus de cette mise en place ne soient pas atteints »¹⁰

Conclusion :

IPA ou protocole de coopération, ces deux dispositifs répondent au même besoin en santé mais à des degrés différents. Ces deux exercices sont donc dépendant de la volonté organisationnelle des structures d'exercice mais aussi de la volonté médicale. Sans relation de confiance et partenariat serein et solide entre professionnel médical et paramédical, l'alliance et le développement de ces pratiques est impossible, au détriment du patient. Ces deux dispositifs sont, pour nous, complémentaires et bénéficient quoiqu'il arrive au patient. L'IPA représente un changement de paradigme : passer de la délégation à la compétence propre. En

⁹La pratique avancée infirmière en France : histoire, cadre juridique, formation, financement et perspectives - ScienceDirect

¹⁰L'intégration des IPA dans les établissements de santé: quand l'implémentation organisationnelle questionne la coopération professionnelle Julien Sarrat, François Cassière, Corinne Rochette

infectiologie, son rôle est majeur sur le suivi chronique et la prévention. L'enjeu est maintenant organisationnel et financier pour déployer ces nouveaux métiers et ainsi poursuivre la légitimation de l'évolution des sciences infirmières.

Annexe n°1 :

« Guide de préparation en université pour l'IPA », Marie-Jeanne Lorson, 2ème édition SETES.

« Les compétences professionnelles de l'IPA figurent dans l'arrêté du 18 juillet 2018 :

A- Évaluer l'état de santé du patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées :

1. *Analyser les données du dossier du patient, des prescriptions médicales, des examens de suivi et des informations transmises par les professionnels intervenants dans son parcours de soins.*
2. *Conduire un entretien visant à recueillir l'anamnèse du patient, incluant les informations recueillies auprès des accompagnants, permettant d'évaluer sa situation et son état de santé, en face-à-face ou à distance.*
3. *Évaluer l'adhésion et les capacités d'adaptation du patient, ainsi que les risques liés aux traitements non médicamenteux, aux traitements médicamenteux et à leurs interactions.*
4. *Réaliser un examen clinique adapté à la situation du patient dans son champ de compétence.*
5. *Identifier et analyser les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé du patient et à leur évolution et aux effets secondaires du traitement.*
6. *Analyser les vulnérabilités et les risques liés à la situation du patient en prenant en compte les spécificités liées à l'âge.*
7. *Analyser les données issues de l'entretien, de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires.*
8. *Élaborer des hypothèses, des conclusions cliniques et un diagnostic infirmier dans son champ de compétences.*
9. *Établir un diagnostic de situation d'état de santé du patient prenant en compte ses proches et son environnement dans une approche médico psycho sociale.*
10. *Formaliser les données recueillies et établir le bilan de l'état de santé et de la situation du patient destiné au médecin traitant et/ou médecin spécialiste hors médecine générale. Utiliser les technologies de l'information et de la communication permettant des prises en charges à distance.*

Compétences spécifiques aux différents champs d'intervention ,pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires :

1. *Analyser et évaluer l'état de santé dans ses différentes composantes (médicales, psychologiques, sociales, ...) tout au long de son parcours et la situation de la personne en prenant en compte le contexte de vie, les différentes pathologies et les différents traitements, notamment grâce à l'évaluation au domicile du patient.*
2. *Définir des actions de prévention pertinentes (vaccination recommandées, dépiste organisé de cancers, recherche d'IST, facteurs de risques cardio-vasculaires, addictions) et en assurer le suivi.*
3. *Identifier les examens et tests à réaliser en fonction de la pathologie et les mettre en œuvre.*
4. *Identifier par un questionnaire adapté, en face-à-face ou à distance, des événements de vie pouvant avoir un impact sur la situation du patient.*
5. *Repérer des événements indésirables associés aux soins et contribuer au bilan préparatoire à la déclaration par le médecin traitant.*
6. *Identifier les troubles cognitifs par un questionnaire adapté et un examen clinique.*
7. *Évaluer l'état nutritionnel et interpréter l'évaluation paraclinique de l'état nutritionnel.*
8. *Évaluer la perte d'autonomie et ses conséquences à l'aide d'échelles et grilles validées et adaptées au contexte (notamment échelles de mesure des capacités fonctionnelles, sommeil, état nutritionnel, qualité de vie).*

9. Analyser les besoins en soins de support et en accompagnement sociale aux différentes étapes du parcours de soins et savoir orienter la personne en conséquence.
10. Évaluer, par un questionnement adapté et par l'examen clinique, l'observance, les EI et les effets secondaires des traitements.
11. Analyser les risques de décompensation potentiellement liés à la non prise du traitement, à la consommation d'alcool ou autres substances, aux changements de condition de vie ...
12. Identifier les complications et les risques de complication liés à la pathologie du patient.
13. Identifier les situation d'urgence et prendre les mesures appropriées.

B- Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé :

1. Identifier les situations cliniques nécessitant une orientation médicale ou médico-sociale en face-à-face ou à distance.
2. Renouveler avec pertinence les prescriptions médicales à partir de l'analyse de la situation clinique dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales.
3. Adapter la posologie des traitements médicamenteux prescrits à partir de l'analyse de la situation clinique dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
4. Identifier la pertinence de la prescription d'examens complémentaires à partir de l'analyse de la situation clinique dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
5. Identifier les besoins du patient en soins de support et palliatif.
6. Définir le projet de soins en concertation avec l'équipe pluriprofessionnelle, avec la personne et son entourage, à partir de l'ensemble des données collectées et rédiger les prescriptions adaptées au patient dans son champ de compétence.
7. Mettre en œuvre les actes thérapeutiques recommandés adaptés à la situation du patient dans son champ de compétence.

Compétences spécifiques aux différents champs d'intervention .pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires :

1. Analyser la pertinence de la prescription d'examen complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation du patient.
2. Analyser la pertinence du renouvellement de traitement médicamenteux et les adaptations nécessaire du dosage et de l'heure de prise à partir de l'analyse de l'état de santé du patient.
3. Analyser l'activité physique et la pratique sportive et évaluer les besoins.
4. Analyser la pertinence du renouvellement de prescription médicale d'actes infirmiers.
5. Analyser la pertinence du renouvellement de prescription et les adaptations nécessaires de la posologie d'aliments diététiques destinées à des fins médicales spécialisées, de dispositifs médicaux, de dispositifs d'aide à la vie.
6. Analyser et évaluer la perte d'autonomie et identifier les démarches administratives permettant l'obtention d'aides au maintien à domicile.
7. Définir un projet de soin dans des situations complexes : troubles du comportement, refus de soin, dénutrition, douleur, fin de vie ...
8. Définir un projet de soin portant sur les modifications thérapeutiques des modes de vie en fonction de la pathologie.

C- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique :

1. Établir un diagnostic éducatif partagé avec le patient et son entourage.
2. Concevoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre de son parcours de soins.
3. Identifier et mobiliser les ressources, acteurs, réseaux et structures, nécessaires à la mise en œuvre des actions.

4. *Organiser et planifier les actions en fonction des besoins du patient.*
5. *Co-construire un plan d'actions avec le patient en établissant une relation de confiance dans la durée.*
6. *Accompagner l'adaptation du traitement par le patient et/ou son entourage.*
7. *Évaluer les actions conduites et mettre en œuvre les réajustements nécessaires.*
8. *Accompagner des pairs dans la conception et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre du parcours de soins.*

Compétences spécifiques aux différents champs d'intervention ,pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires :

1. *Définir et mettre en œuvre les actions pertinentes favorisant l'adhésion du patient à son traitement.*
2. *Concevoir et mettre en œuvre des actions recommandées de prévention et d'éducation thérapeutique en fonction de la pathologie aux différentes étapes du parcours du patient.*
3. *Définir et anticiper les besoins en soins de support et en accompagnement social aux différentes étapes du parcours de soins, pour mieux aider et orienter le patient et prévenir les ruptures de soins.*
4. *Aider le patient à développer des compétences d'auto-soin.*
5. *Analyser les besoins du patient au regard des difficultés de la vie courante et apporter les conseils adaptés.*
6. *Délivrer les conseils nutritionnels correspondant aux recommandations pour la population générale et dans certaines situations.*
7. *Relayer auprès du patient les actions de prévention nationale.*
8. *Identifier les risques d'épuisement de l'aidant et mettre en œuvre les actions adaptées.*
9. *Identifier les risques de maltraitance, repérer les situations de maltraitance et mettre en œuvre les actions adaptées.*
10. *Identifier les besoins des familles et aidants naturels et professionnels.*
11. *Concevoir et mettre en œuvre des actions de soutien et d'accompagnement des aidants, de la famille et de l'entourage.*

D- Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés :

1. *Organiser un parcours de soins et de santé en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste de recours à partir des besoins de santé et des caractéristiques du patient et des objectifs définis avec lui ou son entourage.*
2. *Organiser un parcours de soins et de santé adapté au patient poly pathologique ou vulnérable avec une approche globale et interprofessionnelle.*
3. *Analyser le parcours du patient et identifier les risques potentiels à partir de l'évaluation globale de son état de santé et psychologique et de sa situation sociale.*
4. *Mettre en place des actions de prévention au regard des risques identifiés.*
5. *Élaborer et suivre un plan personnalisé de santé en collaboration avec le médecin traitant et le spécialiste de recours.*
6. *Évaluer le bon déroulement du parcours du patient en collaboration avec le médecin traitant et le spécialiste de recours et identifier les actions d'amélioration.*
7. *Coordonner les interventions dans le cadre d'un parcours de soins et de santé avec les différents professionnels, réseaux et structures, intervenant en ville et à l'hôpital.*
8. *Organiser et animer des réunions de concertation en collaboration avec les différents professionnels du sanitaire, du médico-social et du social ainsi que les autres intervenants du parcours de soins du patient.*
9. *Contribuer à la gestion des files actives de patients.*
10. *Coordonner le traitement des informations et la transmission des données collectées auprès*

des différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

Compétences spécifiques aux différents champs d'intervention ,pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires :

1. *Participer à l'organisation des activités entre le premier et le second recours, en ville et en établissement de santé, pour une meilleure gestion du parcours du patient, notamment face à de situations complexes.*
2. *Organiser avec les autres intervenants le parcours de santé de personnes vulnérables et polypathologiques dans un but préventifs, curatif ou palliatif.*
3. *Identifier les facteurs psychologiques, médicaux et sociaux limitant le rétablissement du patient et les différents acteurs du parcours de son rétablissement.*
4. *Identifier les enjeux de la mise à jour des bases de données et des registres liés aux pathologies chroniques et les renseigner.*

E- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique :

1. *Mettre en place des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en concertation avec le médecin référent et l'équipe, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.*
2. *Animer des séances d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que des retours d'expérience pour améliorer la qualité et la sécurité de soins.*
3. *Mettre en œuvre une démarche d'EBN (Evidence Bases Nurses- pratique infirmière fondée sur les données probantes).*
4. *Accompagner la démarche d'observation, de formalisation et d'explication des pratiques professionnelles auprès d'autres professionnels.*
5. *Identifier les dilemmes éthiques dans les situations de soins et mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique.*
6. *Évaluer les écarts de pratique au regard des recommandes disponibles et proposer des actions correctives.*
7. *Identifier les domaines de formation professionnelle permettant de développer ses compétences et d'accompagner d'autres professionnels dans le cadre du développement professionnel continu.*
8. *Accompagner des pairs pour l'amélioration des pratiques professionnelles et pour l'introduction d'innovation dans les pratiques.*
9. *Promouvoir l'auto-évaluation des pratiques professionnelles.*
10. *Formaliser et rédiger des protocoles et préconisations visant à améliorer la pratique avancée infirmière.*
11. *Conduire des actions contribuant à la démarche qualité en structure de soins comme en ambulatoire.*

F- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques :

1. *Conduire une recherche documentaires et bibliographique.*
2. *Analyser et synthétiser les documents professionnels et scientifiques.*
3. *Identifier les données issus de la recherche et les innovations permettant de faire évoluer sa pratique.*
4. *Définir une problématique de recherche et formuler un questionnement.*
5. *Conduire des études à visée professionnelle ou pluri-professionnelle, contribuant à enrichir les connaissances, dans son propre domaine d'expertise en collaboration avec les partenaires concernés.*
6. *Choisir et utiliser une méthode et des outils d'investigation adaptés au sujet de recherche.*
7. *Exploiter les résultats de l'investigation et les analyser en vue d'améliorer la pratique*

- professionnelle et d'enrichir les connaissances professionnelles.
8. *Élaborer des documents professionnels et scientifiques destinés à des communications orales et écrites.*
 9. *Communiquer sur les pratiques professionnelles infirmières en pratique avancée et sur les résultats obtenus.*
 10. *Identifier les appels à projets de recherche dans son champ de compétences.*

Annexe n°2 :

L'article 51 de la loi HPST 2009 relatif aux protocoles de coopération :

« Chapitre unique

« Art.L. 4011-1.-Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« Art.L. 4011-2.-Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération.L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Art.L. 4011-3.-Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation.L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »

II.-L'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé. »